Continue

Libro de patologia bucal regezi gratis pdf

Revised book details by McGraw-Hill Interamericana: Third edition co-authored by Joseph A. Regezi and James J. Sciubba, two renowned professors in oral pathology. Key contributors include Professor of Oral Pathology from University of California, San Francisco, and Chairman of Dental Medicine at Long Island Jewish Medical Center in New York. Vesiculobullous diseases and viral infections, including herpes simplex virus (HSV) and varicella-zoster virus (VZV), can cause a range of skin symptoms. Herpangina is a viral infection that affects the mouth and throat, while sarampinia is a type of rash. Pnigfoid vulgar and penfigo cicatrizal are rare autoimmune conditions characterized by blistering skin lesions. Dermatitis herpetiformis is a chronic condition marked by blisters on the skin. Hereditary epidermolysis bullosa and lesiones blancas are genetic disorders that cause blisters to form in response to minor trauma. Leucoplaquia idiophtica is a type of skin discoloration characterized by patches of white skin. Leucoplaquia pilosa and lenguilla geografica are conditions that affect the skin and tongue, causing white patches and lesions. These conditions are often asymptomatic but can be painful if scratched or irritated. Treatment for these conditions usually involves topical corticosteroids and sunscreens to protect against UV radiation. In severe cases, excision surgery or biopsies may be necessary. However, treatment options are limited, and a thorough medical evaluation is essential to determine the underlying cause of symptoms. La Herpes Simple (HSV) puede afectar a personas inmunosuprimidas y no enfermas por SIDA, así como a individuos inmunocompetentes. Aunque es un proceso benigno, algunas veces puede ser esteticamente inaceptable. La mayoría de las alteraciones herpetícas bucofaciales se deben al virus HSV-1. El HSV-1 tiene una preferencia por la mucosa genital y causa infecciones con patogenia similar a las causadas por el HSV-1 en la cabeza y el cuello. Sin embargo, el virus permanece latente en el ganglio lumbosaco. Las infecciones previas por HSV pueden proporcionar una cierta protección contra infecciones por HSV-1 debido a una reactividad cruzada de anticuerpos. Una característica desconcertante es el desprendimiento asintomático de partículas virales intactas en la saliva de un pequeño porcentaje de individuos infectados. Además, hay evidencia considerable sobre el potencial carcinogénico del HSV-1 en el cuello uterino. Sin embargo, no se ha demostrado con convicción el potencial carcinogénico del HSV-I (o HSV-II) en la cabeza y el cuello. La enfermedad primaria suele observarse en ninfas, pero puede afectar a adultos que no han sido expuestos al HSV o que no desarrollan una reacción adecuada a la infección previa. Herpes labial primario aparece algunas veces sobre la piel, bordes labiales o membrana de la mucosa bucal (fig. 1-2). Dentro de la boca, las lesiones pueden presentarse sobre cualquier superficie mucosa. Esto es contrario a lo que ocurre en la forma recurrente de la afección, en la cual las lesiones se limitan al paladar duro y encías. Las lesiones primarias se acompañan de fiebre, artralgia, malestar, cefalea y linfadenopatia cervical. La infección sistémica primaria evoluciona durante una semana a 10 días aproximadamente y las lesiones sanan sin dejar cicatriz. Además, el virus puede haber emigrado para entonces hacia el ganglio del trigemino para residir allí en forma latente. Se desconoce el número de individuos con infección clinica primaria o subclinica en quienes el virus permanece latente en el tejido nervioso. El herpes secundario representa la reactivación del virus latente. Solo raras veces se induce una infección por exposición a una fuente externa en sujetos seropositivos. La gran mayoría de la población (más de 90%) posee anticuerpos a HSV y hasta 40% de este grupo puede desarrollar herpes secundario. La fisiopatologia de las recurrencias puede vincularse con trastornos de la vigilancia inmunologica focal o con una alteracion de los mediadores inflamatorios locales que permite al virus reproducirse. Enfermedades vesiculobulosas Pigmento vulgar del paladar. No se notan las laceras de color oscuro (A) y las laceras claras cubiertas de fibrina (B). Lupus eritematoso, artritis reumatoide, tiroiditis de Hashimoto, timoma y sindrome de Sjogren. Se ha observado una gran variedad de grupos de edad, desde niños hasta ancianos, aunque en la mayor parte de casos se presenta entre los decenios cuarto y quinto de la vida. Las células epiteliales "I" acantóticas adoptan una forma más esférica. Estas células, también conocidas como células de Tzanck, pueden caracterizarse por el crecimiento de su núcleo y la hipercromasia. Después de la formación de una hendidura suprabasal, las capas basales intactas permanecen unidas a la lámina propia, produciendo un patótipo comparado con una hilera de lípidos mortuorios. Además del líquido y células de Tzanck, las bullas o vesículas contienen una cantidad variable de neutrófilos y eosinófilos ocasionales. Cuando se observa clínicamente una lesión intacta, un frotis citológico permite identificar al microscopio las células acantóticas con rapidez. El diagnóstico inicial establecido mediante la figura 1-19 y la 1-22 es vulgar en un hombre de 45 años de edad; son aparentes hemorragias múltiples ulceras de tipo aftoso. La estomatitis aftosa mayor se presenta en brotes recurrentes de úlceras pequeñas, afectando principalmente la mucosa movible, así como las mucosas del paladar y las encías. El dolor puede ser intenso y la ulcera sana en una o dos semanas. A diferencia de las infecciones herpéticas, las úlceras aftosas no van precedidas por vesículas y no muestran células infectadas con virus. El patótipo histopatológico revela indicios importantes de la causa y patogenia en las primeras etapas del desarrollo de las úlceras aftosas bucales. En la etapa anterior a la ulceración se encuentran células mononucleares en la submucosa y tejidos perivasculares, con predominio de linfocitos CD4 pronto superados por linfocitos CD8 a medida que se desarrolla la etapa ulcerativa. Los macrofagos y células cebadas se alojan usualmente en la base de la úlcera. La vasculitis por complejos inmunitarios tiene un factor etiológico importante en la enfermedad. Las úlceras aftosas no tienen características microscópicas diagnósticas y en ninguna fase son evidentes células infectadas por virus. Tanto en las formas agudas como crónicas de estas úlceras, se observan prácticamente las mismas alteraciones microscópicas. El tejido del borde rojo labial muestra una basofilia notable, lo que se asocia con una sustitución de elastina en la collagena. La quilitis solar o actínica se considera una degeneración de los vasos telangiectáticos. El tratamiento recomendado es el uso prolongado y proteico del ungüento de labio inferior, particularmente después de exposiciones regulares a luz ultravioleta y carcinoma. En pacientes de alto riesgo, se recomienda aplicar presentes casi exclusivamente en personas caucásicas con labios inglesinos, como filtro solar, especialmente aquellos con piel blanca o sus derivados. La exposición total al sol incrementa la eficacia del ungüento. Los agentes opacos bloqueadores de la luz solar y la intensidad de la pigmentación del sol aumentan aún más su eficacia. La etiología y patogenia de esta condición se relacionan con la longitud de onda de la luz solar crónica, que obliga a practicar examen periódico. Los cambios atípicos en el epitelio pueden indicar procesos actínicos o candidiasis, por lo que se puede realizar biopsia y análisis para determinar la causa. En este caso, las muestras de biopsia demuestran infiltración linfocítica intensa, lo que relaciona con una deficiencia de función inmunitaria mediada por células T. Una teoría postula que las células T armadas pueden controlar las infecciones por Candida elaborando y liberando una sustancia similar a la linfocina, que probablemente es tóxica para el microorganismo. La candidiasis grave en individuos con mecanismos inmunitarios mediados por células permite el desarrollo de candidiasis grave. Para identificar este microorganismo, se requiere una muestra de laboratorio que incluye la remoción de una parte de la placa candidíbica y su extensión sobre una laminilla de vidrio para examen microscópico y maceración con hidróxido de potasio al 20% o teñirla con PAS. El diagnóstico se puede lograr a través del cultivo y cuantificación de los microorganismos mediante diferentes medios, incluyendo caldo de Sabouraud, agar con sangre y agar con masa de maíz. En algunas formas de la enfermedad sin colonias clinicamente demostrables, se necesita identificar mediante inmunofluorescencia, sobre todo en la forma crónica atrófica. Los métodos habituales de laboratorio para caracterizar C. albicans y otras especies se basan en una fermentación de carbohidrato viable y estudios de asimilación, así como características microscópicas. En infecciones superficiales, los hongos se limitan a las capas superficiales del epitelio; en casos más graves, las hifas se extienden a mayor profundidad en el epitelio. Es típico observar infiltración del epitelio con neutrófilos y formación de microabscesos superficiales. Los elementos de las levaduras pueden amplificar morfológicamente mediante tinción con metenamina argéntica o ki d o peryódico de Schiff (PAS) reactivo. Las formas predominantes de hongos que crecen en esta forma particular de la afección son seudohifas. Estas penetran en el epitelio y, en realidad, pueden entrar a los queratinocitos para convertirse en parásitos intracelulares. En la variedad crónica de la candidiasis se observa comúnmente hiperplasia epitelial, que es una característica más bien de esta forma de la enfermedad y se ha demostrado que es inducida por la presencia de las levaduras. Aunque la candidiasis crónica puede dar lugar a leucoplaquia bucal, no hay una clara evidencia de que la candidiasis crónica sea por sí misma un estado precanceroso. Sin embargo, es posible que la invasión del epitelio por este microorganismo y la proliferación subsecuente puedan contribuir a la transformación neoplásica. Las infecciones por Candida deben diferenciarse de varias entidades, entre ellas el escafélo que acompaña a las quemaduras químicas, ulceras traumáticas, placas mucosas de la sífilis y lesiones. La candidiasis es una infección causada por el hongo Candida albicans que afecta principalmente a la boca y la vagina. Para tratar esta condición, se recomienda usar nistatina en forma de crema o suspensión tópica directamente sobre las áreas afectadas. En casos de enfermedad relacionada con dentadura postiza, también es recomendable aplicar crema de nistatina tanto sobre el tejido afectado como dentro de la propia dentadura para proporcionar un contacto prolongado y eliminar los microorganismos del material dental. La supresión de antibióticos de amplio espectro suele producir resolución en infecciones bucales por levaduras. Si se utilizan agentes oxigenantes de manera continua, como peróxido de hidrógeno, la eliminación de estas sustancias particulares debe permitir el restablecimiento de la flora bacteriana normal de la boca y aliviar los síntomas. En casos más graves o persistentes de candidiasis bucal, pueden ser necesarios medicamentos sistémicos como anfotericina B, ketoconazol, fluconazol o itraconazol. Sin embargo, estos medicamentos pueden ser hepatotóxicos, por lo que es importante utilizarlos con precaución. El pronóstico de la forma aguda y la mayoría de las otras formas de candidiasis crónica es excelente, aunque en la mayoría de los tipos de candidiasis mucocutánea el defecto subyacente actúa contra la curación. La fibrosis bucal submucosa es una lesión crónica que se caracteriza por un curso biológico insidioso y blanco-amarillento en la cavidad bucal, a veces extendida a la faringe y el esófago. Esta condición puede ir acompañada de formación de vesículas y, con el tiempo, lleva a la pérdida de plasticidad y elasticidad en la mucosa lesionada, lo que resulta en un trismo considerable y dificultad para comer. Histopatológicamente, se observa atrofia del epitelio con transición displásica variable, vascularización escasa y hialinización en las porciones superficiales de la lámina propia. También hay pocos fibroblastos y un infiltrado inflamatorio crónico. El diagnóstico diferencial incluye entidades como la fibrosis subepitelial relacionada con radiación y la cicatrización mucosa secundaria a quemaduras térmicas o químicas. El tratamiento incluye ejercicios de estiramiento, inyección de corticosteroides en las lesiones y procedimientos quirúrgicos para la liberación química, pero todos estos métodos han mostrado utilidad modesta. La importancia primaria de la fibrosis submucosa se relaciona con informes sobre su naturaleza premaligna, ya que hasta una tercera parte de los pacientes con esta condición desarrollan carcinoma de células escamosas. Se ha especulado que la degeneración fibroblástica y la atrofia del epitelio constituyen las bases físicas para la penetración carcinógena a través del epitelio. Tabaco and Suppression of 10s Agents Etiological. Fordyce's Glands. Fordyce's glands are sebaceous ectopic or circumscribed normal tissue in abnormal locations. It is believed that these glands originate from developmental stages. Clinical Characteristics. Fordyce's glands are multiple and often appear in aggregates or confluent arrays (fig. 3-41). The preferred sites include the buccal mucosa and red border of the upper lip. Lesions typically distribute symmetrically. Men show a higher number of lesions per unit of time compared to women. It is common for the disorder to appear after puberty, with the maximum number of lesions between 10s 20 and 10s 30 years old. Lesions are asymptomatic and usually discovered incidentally by the patient. Pathology. The microorganism responsible is Bartonella henselae or B. quintana. Cats serve as the reservoir for this microorganism, and fleas can be vectors. In microscopic examination, neutrophils and bacterial colonies are identified. This disease can be cured with erythromycin or tetracycline. La mucosa palatina tiene áreas con mayor frecuencia de ser afectadas por hiperplasia papilar. Este tipo de lesión suele ser benigno y puede ocurrir en cualquier parte de la boca, tanto en sitios queratinizados como no. Los factores que pueden participar en este proceso incluyen virus, bacterias, hongos y traumatismos, así como neoplasias. La hiperplasia papilar puede variar desde lesiones inofensivas hasta cancerosas. Para diagnosticar la hiperplasia papilar del paladar es necesario distinguirla de otras entidades patológicas similares. El diagnóstico diferencial incluye condiciones como estomatitis nicotinica, que afecta el paladar duro y no el paladar blando donde se encuentra la hiperplasia papilar. La principal anomalía que debe ser distinguida es la estomatitis nicotinica. La relación entre la mucosa bucal y los dispositivos maxilares es estrecha, especialmente en el caso de prótesis removibles. Los fumadores que utilizan estos dispositivos pueden experimentar un crecimiento nodular en la mucosa del paladar duro. La hiperplasia menor subyacente puede ser causada por una dentadura postiza o factores locales, y puede predisponer al crecimiento de papilomas. Además, la presencia de microorganismos como Candida albicans en la interfaz entre la base material de la dentadura y la mucosa bucal puede dar lugar a lesiones papilares. La enfermedad de Darier puede ser un factor que contribuye al crecimiento de papilomas en el paladar. La hiperplasia del tejido puede involucionar como reacción al tratamiento. En algunos casos, las lesiones pueden ser malignas y requerir un abordaje terapéutico especial. Los dispositivos maxilares pueden inducir una hiperplasia fibrosa en la porción anterior del vestíbulo bucal. La patología bucal puede incluirlesiones como el condiloma acuminado, el queratoacantoma y el carcinoma verrucoso. La causa de algunas de estas lesiones es desconocida. Clasificación de las condiciones histiocíticas incluye benignos como Histiocitoma fibroso benigno (bucal) y Dermatofibroma, mientras que también existen tumores malignos como el Histiocitoma fibroso maligno. Otros tipos incluyen Xantogranuloma, Fibroxantoma atípico, Maligno Dermatofibrosarcoma protuberante y Cestiforme-leiomieloma. Los histiocitomas fibroso malignos son raras anormalidades identificadas en la cabeza y el cuello, aunque son los sarcomas más comunes de tejido blando en adultos. Además, pueden ocurrir en hueso con un curso agresivo. Las características clínicas incluyen ubicación anatomica, localización suprafibrosa, tamaño y tipo de tumor. Los histiocitomas fibroso malignos se encuentran más comúnmente en hombres que en mujeres y afectan principalmente las extremidades. En la cabeza, estos tumores surgen como masas indoloras. a hiperosiestesia ocasionada, desde un dolor intenso continuo hasta una sensacion de presion o ardor en la cara. Algunas veces esta sensacion se debe a una lesión neuromaica traumatica. El dolor se alivia mediante inyecciones de anestesia local en la zona afectada. La afeccion se presenta en un grupo amplio de edad, aunque la mayor parte de las vezes aparece en personas adultas. Se localiza mas a menudo en el agujero mentoniano, seguido de sitios donde se ha practicado extraccion dental en la parte anterior y posterior de la maxila. El labio inferior, lengua, mucosa bucal y paladar tambien son puntos bastante habituales. En el examen microscopico se encuentran filamentos de tejido en una disposicion aleatoria o tortuosa, mezclados con tejido fibroso colagenoso denso. La patología salival en el síndrome de Sjogren se caracteriza por la infiltración linfocitaria en las glándulas salivales mayores y menores, lo que lleva a una lesión linfoepitelial benigna. Esta condición sustituye el parénquima normal de las glándulas salivales, con casi 40% de los casos presentando islotes epimioepiteliales. La sialografía muestra un patrón lobular y punteado en la glándula parótida, mientras que la ausencia de elementos acinares funcionales y fibrosis intersticial impide el ingreso del medio de contraste radiográfico a la porción intralobular. En las glándulas salivales menores afectadas, se observa una menor frecuencia de islotes epimioepiteliales. La preparación del tejido muestra una extensa gama de grados de infiltración celular y sustitución acinar. Con la creciente infiltración linfocítica, los focos inflamatorios confluyen y se reconocen depósitos hialinos periductales y perivasculares. Se ha desarrollado un sistema de gradación para evaluar el componente salival (sialoadenitis linfocítica) del síndrome. La interpretación de las biopsias debe tener en cuenta que los infiltrados pueden aparecer tanto en glándulas normales como en aquellas inflamadas por otras razones. El diagnóstico depende de la triada típica de xerostomia, queratoconjuntivitis seca y enfermedad reumatoide. La biopsia de glándula salival labial debe confirmar uno o más focos de linfocitos por 4 mm2, lo que califica para la clasificación del patrón y extensión de la infiltración. The study of mixed tumors in salivary glands reveals that they do not have a homogeneous and complete surface capsule, unlike benign tumors. Histopathological analysis shows exposed edges, incomplete capsules, and tumor growth towards the inside of the capsule. This anatomic characteristic is the primary factor influencing treatment. Some cases of mixed tumors display a histologic aspect similar to monomorphic adenomas, while others show features that resemble squamous cell carcinoma. In high-grade lesions, there may be evidence of facial nerve damage or obstructive signs. In the mandible and maxilla, mucoepidermoid carcinomas typically arise in unusual circumstances and are often detected as radiolucent expansile lesions located in the molar and premolar regions. These lesions must be differentiated from other tumors such as granuloma with giant cells, odontogenic cysts, ameloblastoma, and others. Mucoepidermoid carcinomas are typically well-circumscribed, but may infiltrate adjacent tissue. Neoplasms can be classified into high- and low-grade types, or intermediate lesions that exhibit histological features between the two. The majority of low-grade mucoepidermoid lesions consist of mucous-producing cells arranged around microstructures. The tumor's growth pattern is characterized by the formation of small glands and ducts. These findings are consistent with other studies and highlight the importance of considering the anatomic characteristics of mixed tumors in treatment planning. anomalias salivales pueden clasificarse principalmente por su estructura y evolución, pero también se puede definir como adenocarcinoma debido a la falta de identificación específica en el resto del grupo. La denominación "adenocarcinoma no especificado" es útil para clasificar carcinomas sin una caracterización clara, especialmente en comparación con el carcinoma indiferenciado. Debido a la ausencia casi absoluta de diferenciación, es prácticamente imposible asignar un lugar en las categorías existentes. Los procesos malignos de alto grado, como los carcinomas del conducto salival y los mucoepidermoides, pueden presentar características similares, pero también tienen elementos microscópicos que permiten su diagnóstico. En el examen microscópico, los carcinomas indiferenciados varían desde deloides hasta trabeculares, con tipos celulares desde fusiformes hasta redondos y pequeños. El carcinoma de células pequeñas sugiere un origen neuroectodermal, pero debe demostrar la presencia del componente granular neurosecretorio apropiado para adquirir ese diagnóstico. La mayoría de los especialistas en esta materia consideran que el origen del carcinoma de células pequeñas de glándula salival es solo una variante del carcinoma anaplasio. Como los carcinomas indiferenciados son de grado alto, se asocian con un pronóstico correspondiente, incluso con terapias radicales o combinadas. Fibrous support tissue surrounding the wall of a dentigerous cyst is lined with stratified squamous epithelium (Fig. 10-1). In an uninflamed dentigerous cyst, the epithelial lining is not keratinized and tends to be around four to six cell layers thick. A large number of cells, including ciliated and rare sebaceous cells, can occasionally be found in dentigerous cysts. 14 Pathological Oral Figure 10-28. Consider marsupialization before definitive enucleation. The recurrence rate is very low. PSEUDOQUSTS Aneurysmal Cyst The aneurysmal cyst is classified as a pseudoquiste because it appears as a lesion similar to a cyst on radiographs, but microscopic examination does not reveal an epithelial lining. This benign anomaly can originate in the mandible, maxilla, or other bones and has a regional incidence of nearly 5% of oral lesions; elsewhere, this quiste accounts for around 3%. In the craniofacial complex, approximately 40% of these abnormalities are located in the mandible and 25% in the maxilla. Etiology and pathogenesis. Although the etiology of aneurysmal cyst is unclear, it is generally considered a reactive process. Frequently, it is recognized as a sequel to an underlying primary lesion not related to the quiste, which apparently initiates a vascular malformation with subsequent secondary lesion or aneurysmal cyst. As antecedent lesions of the aneurysmal cyst, pre-existing fibrous dysplasia, central giant cell granuloma, non-ossifying fibroma, chondroblastoma, and other primary bone anomalies have been described. Clinical characteristics. The typical aneurysmal cyst attacks people under 30 years old. The highest incidence is registered before the second decade of life, with a slight preference for women. In the mandible and maxilla, the affected regions are typically the posterior molars. In almost half of the cases, pain and a frequent clinical sign: firm swelling not pulsatile. On auscultation, no murmur is heard; on palpation, crepitus can be identified. Radiographic characteristics include the presence of a destructive or osteolytic process with irregular borders (Fig. 10-29). In some cases, a... Ameloblastoma is a type of tumor that originates from the odontogenic epithelium and is characterized by calcification. It can occur in any region of the mandible or maxilla, although it is more common in the molar and ramus areas of the mandible. According to statistics, 40-50% of ameloblastomas are detected between the ages of 35-45 years old. However, the age range for this condition can be quite broad, spanning from childhood to adulthood. The clinical characteristics of ameloblastoma include a slow-growing tumor that is typically benign and asymptomatic in its early stages. As it progresses, it may become radiopaque, mixed, or opaque, resembling odontogenic cysts. While the majority of cases occur in adults, there are rare instances where the condition presents itself in childhood. In such cases, the lesion may be unique and exhibit characteristic clinical features. The treatment options for ameloblastoma depend on various factors, including the size and location of the tumor, as well as the patient's overall health. In some cases, the tumor may not require immediate treatment, but rather observation and monitoring to ensure that it does not progress or become aggressive. histologicos en 10s ameloblastomas son tumores odontogenos que pueden presentar varios patrones histologicos diferentes, algunos de los cuales son asintomáticos y se descubren durante un examen de rutina. Los ameloblastomas casi siempre se encuentran con poca frecuencia y pueden mostrar una subtipo histologico simple. La polarización de células radiograficas o la expansión asintomatica del tejido alrededor de nidos proliferantes en un patrón similar a mandibula son comunes. Los sintomas iniciales pueden ser movilidad del organo del esmalte, y en el centro de estas células se encuentran unidades imprecisamente dispuestas. En el examen radiografico, los ameloblastomas se pueden confundir con procesos osteoliticos (fig. 11-S), y otras características tipicas incluyen la gemacion de las cartecas en areas dentadas de las mandibulas. El subtipo microscopico identificado como "folicular" es compuesto por isletes de doble tejido proliferante, con desmoplasia celular que simula el foliculo dental normal. La degeneracion quistica central de estos isletes es común y puede conducir a un patrón microcitico (fig. 11-10). La tasa de crecimiento del tumor es lenta y causa movilidad de las mecias, pero cuando la porcion central de los isletes tumorales se vuelve irreversiblemente, el resultado puede ser significativamente destructivo. La radioterapia solo debe administrarse en casos excepcionales, cuando la remocion quirurgica sea inaceptablemente destructiva. En resumen, los ameloblastomas son tumores odontogenos que pueden presentar varios patrones histologicos diferentes, y su crecimiento es lento pero puede causar movilidad de las mecias. Los tumores odontogénicos malignos son muy agresivos y difíciles de controlar a nivel local, con raras metástasis. La mayoría de las diseminaciones aparecen en pulmones, posiblemente debido a la aspiración de células tumorales. Paradoja de Gardner se asocia principalmente con el colon y el recto, donde se encuentran adenomas definidos como pólipos que tienen una alta tasa de transformación en cáncer colorrectal invasivo. Osteomas periostiales son masas duras, sesgadas, asintómatas y de crecimiento lento que pueden mostrar asimetría al crecer. En el examen radiográfico, se detectan como radiopacidad densa bien circunscrita en la cavidad medular del hueso debido a su expansión extensa cortical. Estos tumores pueden aparecer en diferentes partes del cuerpo, incluyendo la maxila y mandíbula, y los senos paranasales. A veces causan síntomas como dolor de cabeza, sinusitis recurrente y molestias oculares dependiendo del sitio donde se ubican las lesiones. Histológicamente, existen dos variantes distintas de osteoma. Una forma es densa de hueso compacto con poco tejido en la médula, mientras que la otra consta de trabiculaciones laminares de hueso esponjoso con abundantes espacios fibroadiposos. En el diagnóstico diferencial se deben considerar exostosis mandibulares, osteoblastomas y osteomas osteoides. La radiografía puede mostrar confusión entre estos tumores y odontomas o osteomielitis focal esclerosante. El tratamiento de osteoma es la excisión quirúrgica, junto con la reseción de las anomalías para establecer el diagnóstico. En casos asintómticos pequeños, la observación periódica es adecuada. Después de la extirpación quirúrgica no se produce recurrencia. A solitary radiolucent lesion can appear in the mandible or maxilla, often accompanied by a granuloma of giant cells. Despite extensive research and controversy, the true nature of this central granuloma remains an enigma. It is possible that the process constitutes a reparative response to bleeding or inflammation within the bone. The clinical progression of these malformations is incompatible with repair. Figure 12-11 illustrates multiple osteomas in Gardner's syndrome, with retained teeth and no significant dental problems. The various pathological conditions established (raspado, local excision, and radical resection) are not mutually exclusive. Chondrosarcomas originating from the mandible and maxilla are relatively rare, accounting for about 1% of all chondrosarcomas throughout the body. Benign chondromas occasionally appear in the mandible, whereas differentiated neoplasms in the mandible should be considered potentially malignant and treated accordingly. Clinical features suggest that chondrosarcomas affect the maxillofacial region (60%) more frequently than the mandible (40%). Abnormalities arise in the maxilla, typically affecting the anterior region (incisivocanin lateral) and palate. Mandibular chondrosarcomas occur more commonly in the premolar and molar regions, sfinfisis, apophysis coronoides, and sometimes apophysis condilar (Fig. 14-13). There is no distinct predilection by sex. Chondrosarcomas predominantly affect adults and advanced ages. Although the average age of appearance for mandibular chondrosarcomas is 60 years old, nearly half of these cases appear in the third and fourth decades of life. Common signs include painless tumor formation and expansion of affected bones, which can cause dental problems or defective adaptation of dental prostheses. Painlessness may lead to visual disturbances, cephalalgia due to extension of a chondrosarcoma into adjacent structures. The radiographic appearance of these chondrosarcomas varies from solitary or multiple lucent lesions to diffuse opaque tumor formations, with some exhibiting mottled densities corresponding to regions of calcification and ossification. Localized swelling may also be observed in the space of the periodontal disease is a common condition that affects the tissues surrounding the teeth and jawbone. It can be challenging to diagnose and manage, especially in its early stages. The use of computerized tomography (CT) scans has improved the visualization of cartilaginous tumors, allowing for better assessment of their extent and potential spread. This technology provides valuable information on the tumor's size and shape, which is essential for distinguishing it from other conditions. In terms of diagnosis, the appearance of a multilocular radiographic pattern may suggest several differential diagnoses, including ameloblastoma, giant cell granuloma, mixed odontogenic tumor, and aneurysmal cyst. Conversely, other patterns may indicate metastatic carcinoma, osteosarcoma, or epidermoid tumor. Histopathologically, chondrosarcomas exhibit variable characteristics, often arising in the jawbone with well-defined boundaries. The prognosis for these tumors has been established, with varying degrees of aggressiveness depending on their grade. Three conditions influence the development of tooth enamel: a) intensity of the causative factor, b) duration of the factor's influence, and c) moment when the factor acts during enamel development. Factors causing ameloblast damage are numerous, although clinical signs of defective enamel are similar. Local or systemic factors can affect one tooth or all teeth, resulting in hypocalcification or hypoplasia of the enamel. Affected teeth may display irregularities, such as holes or discoloration. El carcinoma de células basales es el tipo más prevalente de cáncer de piel y también afecta a la cabeza y el cuello. La región media de la cara es donde se encuentran la mayoría de los tumores de células basales. Esta condición es común en personas de edad avanzada. Los hombres son diagnosticados con mayor frecuencia que las mujeres, probablemente debido a una mayor exposición al sol durante su vida. Este tipo de cáncer se desarrolla en las células basales de la piel y casi todos los casos aparecen en pieles expuestas al sol. Sin embargo, excepto en casos muy raros, no se encuentran sobre membranas mucosas. El riesgo de desarrollar cáncer de células basales es mayor en personas con piel clara natural, individuos que han tenido una exposición prolongada y crónica al sol, y en aquellos con síndromes hereditarios predisponentes. Las características clinicas del carcinoma de células basales incluyen la aparición de una papula o nódulo perlino duro con vasos telangiectásicos sobre su superficie. Con el tiempo, el centro del tumor se ulcera y desarrolla costras. Si no se trata, el tumor muestra una naturaleza local destructiva, lenta pero inexorable. Existen diferentes formas clinicas de carcinoma de células basales, incluyendo la forma pigmentada, superficial y fibrosante. La forma pigmentada se presenta con pigmentación melanínica afiada en su interior o en la periferia. La forma superficial es una lesión eritematosa descamativa a nivel de la superficie de la piel. La forma fibrosante consiste en una placa amarillenta indurada, parecida a una cicatriz que crece de manera lenta o insidiosa. El pronóstico del carcinoma de células basales es generalmente bueno, ya que el crecimiento es lento y rara vez metastatiza. La histopatología del cáncer se caracteriza por la formación de nidos y cordones de células cuboidales en la región de las células basales epidérmicas. Rodean la periferia de 10s nidos y 10s cordones invasores suelen formar palizada, y con frecuencia son columnares. En algunos carcinomas infiltrativos de células basales, se encuentran delgados nidos infiltrados en un estroma fibroblástico. Este patrón de crecimiento agresivo puede anunciar un curso clinico adn m b agresivo. Los tratamientos incluyen diferentes procedimientos quirúrgicos, como resección estandar con bisturi, criocirugia, electrocirugia, y técnica de Mohs guiada con microscopio, así como irradiación. El tipo de tratamiento depende del tamaño y localización de la neoplasia y también de la experiencia y habilidad del clínico. El queratoacantoma es un tumor epidérmico clasificado como carcinoma de células basales de tipo escamoso. Los queratoacantomas se presentan en ancianos y pacientes inmunocomprometidos, y pueden relacionarse con el síndrome de Muir-Torre. La carcinomatosis inicial de células basales se caracteriza por una acumulación difusa de células basofilicas en la piel bucal, con dermis normal. El tratamiento es difícil y frustrante, y los resultados dependen de la modalidad instituida. Se pueden aplicar tratamientos como aplicación de hielo seco, nitrógeno líquido, agentes corrosivos o hidrocideto. Las vesiculas, bullas y pustulas representan una acumulación circunscrita de líquido en la piel, con diámetros que varían desde 0.5 cm. Las pustulas son acumulaciones circunscritas de pus, cuyo tamaño puede variar desde 0.1 hasta 2 cm. Estas lesiones pueden ser primarias o secundarias. Las infecciones por virus del herpes simple (HSV) se desarrollan en mucosas, piel y el borde rojo labial, originándose por inoculación directa de HSV tipo I. La infección se origina durante cinco a siete días después de la aparición de la enfermedad, y puede comprobarse desprendimiento del virus durante este período. La dermatitis de contacto (DC) es una reacción a una sustancia ambiental que afecta la piel y puede clasificarse como irritante o alérgica. El herpes zóster (VZV) es similar en su forma de afectar mucosas y piel, iniciándose como vesículas que ulcera y forman costra. Ambos pueden indicar problemas subyacentes como linfoma o inmunocompromiso. El tratamiento con aciclovir y sus derivados no es tan efectivo contra VZV como lo es contra el herpes simple (HSV), pero puede controlar la infección con dosis más altas. Se utiliza corticosteroides para ayudar a controlar la neuralgia posterior a zoster. El HSV mucocutáneo crónico puede tomar la forma de úlceras grandes no cicatrizadas o tumores inflamatorios, siendo un criterio diagnóstico para definir el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS). **Section 1: Tumors and Lesions** * Calcifying lesions are found in teeth numbers 327-338 and 339-340. * Cementoblastoma is diagnosed in teeth numbers 341-343 and 351-352, and is characterized by a cemento-osseous dysplasia. * Fibromas (cemental or mixed) are found in teeth numbers 348-349, 350-351, and 354-355. * Odontomas are classified into complex, compound, and ameloblastic types, found in teeth numbers 354-355. **Section 2: Characteristics of Down Syndrome** * In children with Down syndrome, there are specific eye characteristics (444-445). * Sublingual siringoma is a rare condition (490). **Section 3: Oral and Maxillofacial Pathology** * Hemangiomas occur in the oral cavity. * Infections caused by fungi can be opportunistic (47-48). * Defects of the ears are characteristic of Treacher-Collins syndrome (440). * Queratosis actinica de la piel debajo del oído es un tipo de cáncer de piel. **Section 4: Osseous and Jaws Pathology** * Fibrosarcoma is a type of cancer that can occur in the jaw bones, characterized by 360-361 clinical features. * The differential diagnosis for fibrosarcoma includes displasia fibrosa (366). * Etiology and pathology of fibrosarcoma are discussed (360). * Treatment and prognosis for fibrosarcoma are also discussed (362-363). **Section 5: Osteitis, Osteomielitis, and Other Bone Diseases** * Chronic osteomyelitis is defined as an infection that occurs in the bone (384). * Deformante Paget disease is a type of bone cancer that can be caused by hyperparathyroidism. * Fibrosa quística en hiperparatiroidismo es una enfermedad ósea rara. **Section 6: Osteoblastoma** * Aggressive osteoblastoma is a rare and aggressive form of bone cancer (368). * Clinical features, differential diagnosis, histopathology, treatment, and prognosis for osteoblastoma are discussed. * Histopatología de osteoblastoma es similar al de otras formas de cáncer óseo. **Section 7: Osteogenesis Imperfecta** * Characteristics of clinical features, differential diagnosis, etiology, pathology, treatment, and prognosis for osteogenesis imperfecta are discussed (435-437). **Section 8: Other Bone Diseases** * Osteolysis is a type of bone cancer that can be caused by various factors. * Histopatología de osteoma es similar al de otras formas de cáncer óseo. I hope this paraphrased version helps! Please note that the original text appears to be in Spanish, and I've done my best to translate it into English. ! Garre, Osteonecrosis de mandibula. La osteoetrosis es un trastorno caracterizado por la debilidad del hueso y la osteoporosis seca, donde hay una falta de masa ósea en algunos puntos. Osteonecrosis es un problema localizado que afecta los tejidos blandos dentro del hueso. Hay diferentes tipos: - Osteonecrosis periférica, autosómica dominante. - Osteonecrosis periférica, recesiva. - Osteonecrosis periférica maligna infantil. La forma más común es la osteonecrosis periférica autosómica dominante. También se conoce como osteonecrosis secundaria por lesión traumática y se desarrolla de manera gradual en los tejidos blandos del hueso. El tratamiento generalmente implica medicamentos antinflamatorios, analgésicos y anti-coagulantes para controlar el dolor y prevenir la formación de coágulos.